Revista de Psicologia da IMED, Jan.-Jun, 2014, v. 6, n. 1, p. 4-9 ISSN 2175-5027

O Desenvolvimento da Psicologia da Saúde a Partir da Construção da Saúde Pública no Brasil

Gênesis Marimar Rodrigues Sobrosa[1]
Jana Gonçalves Zappe[2]
Naiana Dapieve Patias[3]
Pascale Chechi Fiorin[4]
Ana Cristina Garcia Dias[5]

Resumo

Este trabalho apresenta uma breve discussão sobre a saúde pública no Brasil e a inserção da Psicologia da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de publicações sobre estes temas. Inicialmente, aborda-se brevemente a história da saúde pública, objetivando compreender como a Psicologia da Saúde se desenvolveu e se inseriu neste contexto, o que possibilitou a atuação do psicólogo com as práticas de saúde-doença no campo da saúde pública. Em um segundo momento, será apresentado o campo da Psicologia da Saúde, refletindo sobre seus limites e perspectivas para o futuro. Conclui-se que o psicólogo, ao inserir-se no campo da saúde pública, precisa rever suas teorias e práticas, pois as mesmas ainda se encontram focalizadas na doença e desconsideram aspectos históricos e contextuais relacionados com os processos de saúde-doença.

Palavras-chave: Saúde Pública; Psicologia da Saúde; Sistema Único de Saúde.

The Development of Health Psychology from the Construction of Public Health in Brazil

Abstract

This paper presents a brief discussion about the Brazilian Public Health and the introduction of Health Psychology in the Unified Health System considering publications about these topics. At first, the History of Public Health is briefly presented, in order to understand the development of Health Psychology and how psychologists started working with health-disease contexts in this field. Then, Health Psychology area is presented and its limits and perspectives are considered. It has been concluded that psychologists, especially those who work with Public Health, need to review their practices, because they are still focused on disease and do not take into consideration the history and context of health-disease processes.

Key-words: Public Health Care; Health Psychology; Brazilian Health System.

1 Psicóloga. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, bolsista CAPES/PROSUP. E-mail: genesispsi@yahoo.com.br

2 Psicóloga. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, bolsista CNPq. Telefone:(51) 3316-5253 E-mail: janazappe@hotmail.com

3 Psicóloga. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. E-mail: naipatias@hotmail.com

4 Psicóloga. Mestra em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, professora do departamento do curso de Psicologia da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA. E-mail: paca_psi@yahoo.com.br

5 Psicóloga. Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento pela Universidade de São Paulo – USP, professora adjunta do departamento do curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da UFSM. E-mail: anacristinagarciadias@gmail.com

O desenvolvimento da saúde pública no Brasil teve início recente e ainda encontra-se em processo de construção, assim como a própria atuação do psicólogo neste contexto. A atuação do psicólogo na saúde pública pode ser considerada como uma subdivisão da Psicologia da Saúde, que se direciona para a compreensão da forma como os fatores biológicos, sociais e comportamentais influenciam os processos de saúde e doença, estabelecendo como foco de atenção tanto o tratamento e prevenção de doenças quanto a promoção de saúde (Teixeira, 2004). O surgimento da Divisão de número 38 na Associação Americana de Psicologia (APA), que regulamenta as áreas de atuação do psicólogo, ocorreu em 1978, o que ilustra o quanto ainda é uma área que foi apenas recentemente desenvolvida e reconhecida.

Apesar do surgimento oficial da Psicologia da Saúde como uma área de atuação ter ocorrido apenas no final da década de 70, os psicólogos já atuavam em instituições de saúde antes disso, especialmente em hospitais, nos quais havia uma adaptação do modelo clínico de atendimento psicoterápico para esse contexto, considerando algumas peculiaridades tais como a intervenção junto ao leito dos pacientes ou a realização de atendimentos ambulatoriais. Nas instituições de ensino, a Psicologia no contexto da saúde começava a ter a atenção de estudos e debates, discutindo-se, principalmente, a forma como o psicólogo deveria atuar e quais seriam os referenciais teóricos que poderiam nortear sua atuação nesse novo campo, que lhe propunha diferentes desafios daqueles encontrados nos contextos mais tradicionais de atuação, como o campo clínico.

Ainda em sua fase inicial, já era consenso que o psicólogo deveria adaptar suas práticas, não restringindo-se apenas à utilização do modelo clínico para o trabalho com os processos de saúde e doença (Spink, 2003; Teixeira, 2004), porém esta adaptação configurou-se como um processo complexo ainda em andamento. Nesse sentido, considera-se que o campo da Psicologia da Saúde no Brasil ainda está se estruturando como um novo campo de saber e atuação. Mudanças recentes na forma de inserção dos psicólogos na área da saúde e também a abertura de novos campos de atuação, tais como o campo da saúde pública, estão exigindo transformações qualitativas nas práticas dos psicólogos, que, por sua vez, requerem a construção de novas perspectivas teóricas.

No Brasil, a Psicologia da Saúde foi desenvolvida inicialmente no contexto hospitalar, sendo que apenas a partir da década de 90, a mesma ampliou seu âmbito de atuação, realizando estudos e intervenções em outros contextos, nos quais se trabalhava com a saúde dos indivíduos e comunidades, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Programas de Saúde da Família (PSF's). Essa origem ainda hoje marca a Psicologia da Saúde, levando inclusive a certa confusão entre essas duas áreas da Psicologia – Psicologia Hospitalar e Psicologia da Saúde (Teixeira, 2004). A Psicologia Hospitalar é uma subárea da Psicologia da Saúde, com necessidade de uma intervenção precisa e adequada em um ambiente acostumado a raciocinar com base em evidências, dada a predominância do modelo biomédico neste contexto. Porém, Psicologia da Saúde é um termo com conotação mais ampla, pois abrange também a atenção em saúde nos níveis primário e secundário (Gorayeb, 2010; Almeida & Malagris, 2011).

Pode-se situar a origem do campo da Psicologia da saúde em alguns acontecimentos de repercussão mundial, como o conceito de saúde adotado a partir de 1948 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual considera saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se restringindo à ausência de doença. Com esse novo conceito, estar saudável passa a significar algo mais complexo e subjetivo, pois cada sujeito buscará e compreenderá sua saúde a partir das suas vivências, história de vida, contexto social e econômico.

No Brasil, esse conceito foi resgatado, durante a década de 80, quando surgiu a necessidade de construir um sistema público de saúde que refletisse as aspirações sociais e políticas que estavam emergindo no país. O Sistema Único de Saúde (SUS) emergiu nesse contexto, defendendo que a atenção à saúde deve ser oferecida em três níveis: prevenção, promoção e tratamento, incorporando o conceito da OMS de que a saúde não é apenas a ausência de doença, mas envolve uma visão integral do indivíduo (Oliveira et al., 2004).

A partir deste momento, a atuação do psicólogo em equipes multiprofissionais passou a ser reconhecida como importante para consolidar uma concepção integral de saúde. Contudo, tanto a classe profissional como o próprio campo de conhecimento ainda não estavam preparados para atender a esta nova demanda. Por um lado, reconhecia-se que o psicólogo, frente a essas transformações, poderia tanto apresentar instrumentos como desenvolver práticas que auxiliariam nos três níveis de atenção em saúde, no entanto, as práticas e a formação oferecida ao psicólogo ainda eram insuficientes para atender a essas novas demandas (Chiattone & Sebastiani, 2002). Em função disso, ainda hoje considera-se que a psicologia da saúde ainda está em uma primeira etapa de desenvolvimento, ou seja, descobrindo novos campos de atuação e visualizando a abertura de novos horizontes, sendo que esses ainda não foram assimilados em termos de formação profissional, embora já se reconheça esta necessidade (Spink, 2003).

Partindo disso, o presente trabalho objetiva explorar o desenvolvimento da Psicologia da Saúde a partir da compreensão das relações entre Saúde Pública e Psicologia da Saúde no Brasil. Para tanto, é realizada uma revisão não sistemática da literatura sobre o campo da Psicologia da Saúde e sua inserção na Saúde Pública. A leitura dos trabalhos seguiu a metodologia proposta por Gil (1999), composta por quatro etapas: leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa. Na primeira etapa, procurou-se entrar em contato com os textos em sua totalidade, para que, em um segundo momento, fosse realizada uma leitura aprofundada das partes que interessavam aos objetivos do trabalho (leitura seletiva). O próximo passo consistiu em ordenar e sumariar as informações encontradas, identificando-se as ideias-chave dos textos, para realizar uma construção de sínteses (leitura analítica). Na última etapa, a leitura interpretativa, procurou-se estabelecer relações entre o conteúdo dos textos pesquisados, agrupando-os, para então realizar uma leitura analítica e reflexiva.

Os trabalhos analisados foram agrupados segundo dois eixos temáticos de análise: 1) Aspectos epistemológicos, sociais e históricos do desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil; e 2) O surgimento da Psicologia da Saúde no contexto da Saúde Pública. Esta sistematização permitiu problematizar a inserção da Psicologia na Saúde Pública, identificando os impasses encontrados e os desafios a serem enfrentados pela área.

Aspectos epistemológicos, sociais e históricos do desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil

O aumento do conhecimento médico durante os séculos XVIII e XIX, juntamente com a crença cartesiana da divisão entre corpo e mente, alicerçaram o modelo biomédico. Dentro desse paradigma, a saúde é pensada como a "ausência de doença", ou seja, a presença de lesões, sintomas subjetivos de mal estar ou sinais objetivos de que o corpo não está funcionando bem. Nesse modelo, é priorizada a avaliação orgânica, sendo as doenças explicadas através de alterações fisiológicas que resultam de lesões, desequilíbrios bioquímicos, infecções bacterianas ou virais. Esse modelo de compreensão de saúde-doença dicotômico (presença ou ausência de doença) foi hegemônico por muito tempo, estando presente na maioria das práticas de saúde até bem pouco tempo atrás (Traverso-Yépez, 2001).

No Brasil, durante a primeira república (1889-1930), os estudos médicos que se ocuparam em descobrir fatores que estavam relacionados à saúde no contexto urbano utilizavam esse modelo. Nunes (2000) menciona que os profissionais da saúde, nessa época restritos a área da medicina, voltaram-se para a cidade disputando lugar com outros organismos de controle social, que buscavam regular as práticas cotidianas dos indivíduos. Utilizando-se de seus estudos e práticas emergiu um novo projeto de medicina social no início do século XIX, vinculado à higiene pública e à medicalização do espaço urbano. Neste sentido, como aponta Matos (2004), no século XIX, após a revolução industrial, houve o maior desenvolvimento do modelo biomédico, que foi o cerne da Primeira Revolução da Saúde. Nesse momento predominou a Teoria do Germe, que compreendia que o "germe" seria o agente infeccioso causador da doença, assim esse causador da doença deveria ser controlado e combatido. A ação dos profissionais de saúde consistia em realizar o diagnóstico, prescrever medicamentos e promover intervenções que acabassem com esse agente patogênico. Desta forma, para Matos (2004) fica claro que a saúde era

compreendida como a ausência de doença, sendo o médico sinônimo de profissional de saúde.

Nunes (2000) assinala que até esse momento o hospital era percebido como o símbolo máximo de atendimento à saúde. No entanto, a partir de novas concepções e práticas provenientes da utilização da teoria dos germes, a saúde passou a ser desenvolvida em outras instituições, que também se ocupavam em combater os germes e promover a higienização visando a “saúde”. Neste período, foram criados e desenvolvidos os primeiros serviços e programas de saúde pública, que consistiam em campanhas sanitárias para combater as epidemias urbanas e endemias rurais.

Apesar dessas ações, segundo Sebastiani e Chaves (2003), observou-se que, durante a década de 40, os investimentos em saúde ainda estiveram bastante centrados nas instituições hospitalares, em decorrência da prevalência de um modelo biomédico de atendimento clínico. As ações em saúde visavam principalmente à atenção secundária, desenvolvida através do exercício do modelo clínico e assistencialista, no qual eram valorizados o tratamento e a erradicação das epidemias.

Outras práticas de saúde presentes nesse momento estavam voltadas a um minucioso exame de pontos do espaço urbano que poderiam representar perigo aos cidadãos, pois poderiam ser fontes de doenças e/ou desordens. Desta forma, como destaca Nunes (2000), era necessário sanear e medicalizar as instituições (hospitais, cemitérios, escolas, quartéis, fábricas e prostíbulos). Os locais que agregavam um grande número de indivíduos eram considerados possíveis focos de doença ou desordem. Assim, buscava-se controlar ou reprimir nesses espaços tudo o que pudesse causar doenças físicas ou mentais.

Para Nunes (2000) a Medicina Social, nesse contexto, passou a ocupar um papel bastante importante, ao buscar higienizar e disciplinar a cidade e seus habitantes (mendigos, loucos, vagabundos) causadores da desordem social, da sujeira e da doença, sendo o período conhecido como "sanitarismo campanhista". Andrade, Pontes e Martins (2000) assinalam que, em nosso país, o sanitarismo foi principalmente desenvolvido nos estados de Rio de Janeiro e São Paulo, pois nesses núcleos urbanos circulavam mercadorias exportáveis. Esse modelo sanitarista, de limpeza dos centros urbanos na saúde pública predominou até meados dos anos sessenta.

Conforme Matos (2004), na perspectiva biomédica, a singularidade e historicidade dos indivíduos são negligenciadas. Da mesma forma, tanto o psicólogo como os demais profissionais de saúde (enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, odontólogos, assistente sociais, entre outros) não são considerados como agentes de saúde. De fato, foi apenas nos anos 70 que os demais profissionais de saúde, que hoje atuam no SUS, começaram a trabalhar com saúde pública, trazendo também seus saberes, uma vez que o campo passou a apresentar novos desafios e riscos, em função da emergência de novos padrões de mortalidade e estilo de vida.

Neste sentido, Dimenstein (1998) menciona que esses novos padrões estavam especialmente ligados a fatores comportamentais, decorrentes dos novos modos de vida, gerados pelo crescimento acelerado da população e a migração dos indivíduos para as cidades. Além disso, a longevidade, a sobrepopulação, a degradação do meio ambiente e o desequilíbrio econômico também trouxeram importantes consequências para a vida e para a saúde dos indivíduos (Matos, 2004). As mudanças nos processos de adoecer (diminuição de doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas) deixaram claro o papel dos aspectos psicológicos e sociais na aquisição de doenças, e mesmo na busca e manutenção da saúde.

De acordo com Oliveira et al., (2004) essas modificações na estrutura social, nos modos de vida e nos processos de saúde-doença geraram a necessidade de construir novas políticas públicas para a saúde. Os estudos e práticas dos profissionais de saúde, que se deparavam com outras formas de adoecer, especialmente observadas nas doenças crônicas, desencadearam debates sobre a necessidade de buscar novos rumos para a saúde no país. Foi desenvolvida uma articulação entre setores populares, partidos políticos, entidades civis e sindicatos, a fim de debater sobre saúde como uma questão ampla, de cunho nacional. Desta forma como assinalam Bertolozzi e Greco (1996) e Dimenstein (1998), profissionais se articularam em prol da obtenção do acesso aos serviços de saúde para toda a população brasileira, diferentemente do modelo biomédico privatista e centrado no indivíduo. Esse movimento viabilizou, em 1986, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, evento que propôs mudanças significativas ao modelo de saúde pública desenvolvido no país (Traverso-Yépez, 2001). Esse evento definiu as bases do projeto de reforma sanitária brasileira, que tinha como eixos centrais uma concepção ampliada de saúde (vista como direito de todos os cidadãos e dever do Estado) e a criação e desenvolvimento de um sistema de saúde que possibilitasse a participação popular e o controle social dos serviços públicos de saúde (Bertolozzi & Greco, 1996; Dimenstein, 1998; Traverso-Yépez, 2001; Oliveira et al.,2004).

Desta forma, através da VIII Conferência Nacional de Saúde foi criado o SUS, com o objetivo de articular serviços integrados de prevenção, promoção, bem como o tratamento de questões que envolvam os processos saúde-doença dos indivíduos e coletividades, considerando-se o contexto sócio-histórico. O SUS é um sistema público, descentralizado e com gestão participativa, integrado por uma rede composta de serviços e de servidores públicos, sendo articulada por integrantes da sociedade civil: usuários, conselheiros, prestadores, organizações não-governamentais, opinião pública entre outros (Campos, 2007).

Os princípios que passaram a reger o atendimento e a atenção à população conforme Vasconcelos e Pache (2009) foram: universalidade (todo cidadão tem direito do acesso a saúde), integralidade (busca de um olhar total e amplo das cidades e de seus cidadãos), equidade (sinônimo de uma atenção “desigual positiva” dando maior atenção aos que mais necessitam em saúde e menos possuem financeiramente) e, por fim, o direito à informação (cabendo aos gestores informar tudo o que pode colocar em risco a saúde individual e coletiva). A partir dessa nova visão em saúde, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram criadas e passaram a ter como objetivo, além da recuperação, a promoção e a prevenção em saúde, obtidas por meio de um atendimento integral ao indivíduo e à comunidade, considerando questões físicas, psicológicas, sociais e históricas. A partir desta nova consciência sanitária inaugura-se o entendimento sócio-ecológico do processo saúde-doença, o que implica o reconhecimento da interação entre fatores biopsicossociais e ambientais na saúde (Oliveira et al., 2004; Lima, 2005). Esse conjunto de transformações caracterizou a segunda revolução da saúde, que objetivou promover o bem-estar e a qualidade de vida, concebidos como um processo a ser construído pelo indivíduo em seu ambiente. Essa segunda revolução possibilitou também o reconhecimento da necessidade de trabalhar a nível primário e secundário, com prevenção e promoção de saúde nas comunidades (Matos, 2004).

O objeto de estudo e intervenção da saúde passa a ser um estado positivo de bem estar, não apenas a ausência de doenças. Assim, os comportamentos dos indivíduos passam a ser o foco (Matos, 2004; Lima, 2005). Aponta-se para a relevância da interdisciplinaridade e da participação de outras esferas do conhecimento na saúde tais como Psicologia, Antropologia, Sociologia, Economia (Traverso-Yépez, 2001).

Do ponto de vista de saúde pública, a Psicologia da Saúde insere-se por meio do reconhecimento de que fatores psicológicos e comportamentais acabam influenciando os processos de saúde e doença. Em comparação com as demais disciplinas das Ciências Humanas e Sociais, tais como Sociologia e Antropologia, a Psicologia enfrenta uma dificuldade específica pois, além de oferecer uma contribuição teórica, ela tem aplicações práticas, o que torna mais complexo o seu caso. Em outras palavras, isso diz respeito à existência de uma dupla interface da Psicologia com a Saúde: como prática e como teoria explicativa (Spink, 2003).

O surgimento da Psicologia da Saúde no contexto da Saúde Pública

Após o reconhecimento desse novo campo, a Psicologia da Saúde, outros esforços foram realizados a fim de construir uma definição identitária da área. Conforme Spink (2003), Joseph Matarazzo, Stephen Weiss e Neal Miller buscaram definir o objeto e a forma de atuação do psicólogo na área da saúde. Essas definições foram aceitas e adotadas pela Sociedade Europeia de Psicologia da Saúde, criada em 1986.

A Psicologia da Saúde foi definida como um conjunto de atribuições científicas, educativas e profissionais que as diferentes teorias e práticas psicológicas oferecem à promoção e à manutenção da saúde. Cabe à Psicologia da Saúde atuar para a prevenção e tratamento de enfermidades, a identificação dos correlatos etiológicos da saúde, da enfermidade e das

disfunções a elas relacionadas, a melhoria do sistema sanitário e a formação de uma política sanitária (Matarazzo, 1982; Jesus & Rezende, 2006; Calvetti, Giovelli & Gauer, 2012). Em outras palavras, pode-se afirmar que a Psicologia da Saúde estuda o papel da Psicologia como ciência e profissão nos domínios da saúde, da doença e da própria prestação dos cuidados de saúde, focalizando as experiências, comportamentos e interações deste contexto. Envolve a consideração dos contextos sociais e culturais nos quais a saúde e as doenças ocorrem, uma vez que as significações e os discursos sobre a saúde e as doenças são diferentes conforme o estatuto socioeconômico, o gênero, a diversidade cultural e o momento histórico (Teixeira, 2004).

No Brasil, a Psicologia se insere no campo da Saúde Pública a partir da década de 70, com a implementação do SUS. Essa inserção ocorreu em função das dificuldades financeiras de acesso da população aos serviços de saúde mental, que na época eram essencialmente particulares. Devido à situação econômica que o país enfrentava, os serviços de saúde mental tornaram-se inacessíveis, levando a população a reivindicar a oferta de serviços de saúde mental gratuitos e públicos (Dias & Müller, 2008).

A necessidade de psicólogos no setor público sanitário foram reconhecidas, incentivadas e discutidas em Conferências Nacionais e Internacionais como a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária de Saúde de Alma Ata, a VIII Conferência Nacional de Saúde e a II Conferência Nacional de Saúde Mental (Carvalho & Yamamoto, 1999). Especialmente a partir de 1982, com a adoção do referencial da desospitalização e da extensão dos serviços de saúde mental à rede básica, realizada pela Secretaria de Saúde de São Paulo, foram criadas equipes de saúde mental, nas quais o psicólogo, juntamente com outros profissionais, foram incorporados às equipes de saúde. Esta inserção mobilizou a necessidade de criar novas teorias e práticas coerentes com o contexto da saúde, já que o embasamento teórico-prático que o psicólogo possuía até então era relativo ao atendimento clínico individual, utilizado nos consultórios privados e dentro dos hospitais com a Psicologia Hospitalar (Spink, 2003).

No entanto, a perspectiva de trabalho clínico e individual foi adotada pelos psicólogos em suas intervenções em saúde iniciais, por ser a principal forma de trabalho conhecida e valorizada pelos profissionais da Psicologia, que já atuavam em instituições de saúde através da Psicologia Hospitalar. Porém, logo ficou evidente que essa forma de atuação foi insuficiente para dar conta das questões presentes nesse campo (Spink, 2003). Assim, para que a Psicologia da Saúde se estruture como um novo campo de saber será preciso que esta posição inicial seja superada, fazendo com que a prática do psicólogo na área da saúde não se restrinja apenas ao olhar da teoria e prática clínica individual (Traverso-Yépez, 2001).

Inicialmente, o trabalho do psicólogo no campo da saúde pública foi visto como um "bico" ou um fracasso pessoal de inserção na área clínica, organizacional ou escolar (Dias & Müller, 2008). O status profissional do psicólogo que atuava na saúde pública era considerado, por exemplo, como inferior ao do psicólogo clínico, que atuava em consultório privado. No entanto, essa visão vem se modificando uma vez que se reconhece a necessidade de novas formas de atuação e de qualificação deste profissional que trabalha com saúde (Dias & Müller, 2008). Hoje, observa-se que o profissional que se insere no campo da Psicologia da Saúde com o viés apenas clínico, sem o conhecimento das diretrizes e metas do SUS, pode estar limitando sua prática. Essa prática, exclusivamente clínica, não se encontra condizente com as demandas do serviço, que exige um trabalho mais amplo e coletivo, centrado em novas diretrizes e valores (Traverso-Yépez, 2001).

Contudo, considera-se que a prática clínica esteve e, ainda está enraizada na atuação do psicólogo no Brasil, já que na própria formação acadêmica os cursos privilegiam este referencial teórico-prático, embora este não atenda às novas demandas que surgem ao profissional psicólogo em diversos campos de atuação, como é o caso da saúde (Furtado, Bock, & Teixeira, 2002). Percebe-se que ainda há grande ênfase no estágio em clínicas-escola e, realizado predominantemente através do viés psicanalítico, que foi a principal teoria na Psicologia Clínica do país. As clínicas-escola oferecem atendimento individual para a população mais carente, o que viabiliza o acesso das mesmas ao atendimento psicológico, porém não possibilita uma atenção à saúde num sentido integral ao restringir o trabalho aos aspectos psicológicos. Desta forma, como já apontado, esse modelo não prepara o profissional para atuar com saúde pública e coletiva, o que exige a atuação em equipes multiprofissionais e a consideração pela saúde num sentido integral (Oliveira et al., 2004). Ao buscar superar a atuação com um referencial apenas clínico espera-se que o psicólogo no contexto da saúde desenvolva uma reflexão mais aprofundada sobre o contexto global em que se dá a atuação profissional, considerando as representações do processo saúde/doença; a configuração dos serviços de saúde e das profissões que aí atuam; as políticas setoriais e suas implicações para os usuários (Spink, 2003). Além disso, espera-se que o psicólogo passe a se ocupar mais com práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças, do que com a recuperação como frequentemente ocorre na clínica. Considera-se que a busca por serviços de melhor qualidade para a população está relacionada à organização dos equipamentos de saúde, à atuação dos gestores, ao sucesso do trabalho em rede, à corresponsabilização dos indivíduos por seus processos de saúde e doença e ao estímulo ao exercício pleno da cidadania (Campos, 2007).

No entanto, a superação do paradigma clínico e da ênfase na psicopatologia para a consolidação de uma atuação mais voltada à prevenção e promoção da saúde é uma tarefa a ser assumida. O trabalho do psicólogo ainda com o foco na doença e na psicopatologia pode ser observado nas constatações presentes no trabalho desenvolvido por Witter (2008), que analisou aproximadamente 300 bibliografias nacionais e internacionais sobre Psicologia da Saúde. A autora encontrou que as produções nacionais enfocavam mais a doença do que propriamente a saúde, abordando temáticas voltadas à área Hospitalar, à Psicopatologia e à Clínica. Já as pesquisas desenvolvidas no contexto internacional abordavam igualmente práticas voltadas à promoção de saúde e tratamento de doenças. As conclusões desse estudo evidenciam o quanto transformar a prática do psicólogo na área da saúde é realmente uma tarefa árdua, uma vez que implica em mudar seu paradigma predominantemente clínico e com um olhar direcionado principalmente para os processos psicopatológicos (Witter, 2008).

A prática do psicólogo na área da saúde deve abranger novas ações e compreensões do homem e sua relação com o coletivo. São necessários novos modelos teóricos e novas modalidades de práticas, que enfoquem as questões de saúde e, não apenas, os processos psicopatológicos. É preciso que o psicólogo trabalhe com o desenvolvimento humano, considerando as potencialidades das pessoas e das comunidades para construção e apropriação de seus processos de saúde (Calvetti, Giovelli, & Gauer, 2012). Assim, considera-se necessário desenvolver a responsabilização do sujeito com sua saúde, podendo esse reivindicar melhorias ao Estado. Reconhece-se que a prática clínica também pode ser utilizada, mas essa não deve ser a única forma de trabalho uma vez que a Psicologia dispõe de outros referenciais, como os presentes na Psicologia do Desenvolvimento Humano, na Psicologia Social, na Psicologia Comunitária, entre outros, que se mostram mais compatíveis com as demandas presentes na área da saúde (Teixeira, 2004).

Neste sentido, salienta-se a contribuição da ciência do desenvolvimento humano para a construção de ambientes de cuidados mais adequados às necessidades psicossociais de pacientes e familiares, conforme a proposta de Cerqueira-Silva, Dessen e Costa Júnior (2011). Segundo os autores, a ciência do desenvolvimento humano vem estimulando uma nova visão sobre a pesquisa em saúde, destacando variáveis contextuais e ecológicas que influenciam o processo de desenvolvimento e condicionam o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico de indivíduos e grupos. Trata-se de uma área que apresenta implicações para a psicologia da saúde e pode contribuir com a prática de diferentes profissionais da saúde.

De fato, considera-se que o profissional da Psicologia deve estar preparado para atuar em diferentes níveis, já que são contempladas ações tanto de alta como de baixa complexidade. Ele deve estar preparado para trabalhar em equipe, uma vez que a participação dos diversos campos do saber (enfermagem, nutrição, odontologia, medicina, fisioterapia, educação física, antropologia, sociologia) é fundamental para compreensão e intervenção no campo da saúde pública e coletiva.

Em termos de práticas, além de atuar na recuperação de doenças, o psicólogo da saúde pode desenvolver ações como, por exemplo, o planejamento e execução de ações que envolvam a promoção da saúde e/ou a resolução de problemas da comunidade, de busca de exercício pleno

da cidadania. Pode ainda realizar atendimentos em grupo, que visem otimizar a atenção dada a determinadas questões em saúde, aproveitando as potencialidades dessa forma de trabalho. Nesse sentido, considera-se que existem inúmeras possibilidades, cabe ao psicólogo dialogar com outros profissionais e com os próprios membros da comunidade, tendo em vista a construção de planos de ação que atendam as demandas individuais e coletivas dos sujeitos e comunidades (Lima, 2005). Além disso, a Psicologia da Saúde preocupa-se com a promoção e a manutenção da saúde. Desta maneira, como ressaltam Jesus e Rezende (2006), a prática de promoção de saúde considera como fundamentais os aspectos relacionados ao bem estar físico, mental e social do indivíduo. Assim, o trabalho interdisciplinar dos profissionais envolvidos nos serviços de saúde é de extrema relevância.

A atuação de psicólogos nas atividades de apoio matricial nos serviços de saúde mental constitui-se no estabelecimento de um arranjo organizacional objetivando conceder suporte técnico aos responsáveis por ações básicas de saúde mental para a população. Este tipo de apoio implica prover uma retaguarda especializada a equipes de profissionais (Minozzo & Costa, 2013). Desta forma, a nova composição de equipes de referência pode ser citada como uma modalidade de intervenção ampliada e compatível com a ideia de promoção de saúde. Segundo Campos e Domitti (2007), tanto o apoio matricial quanto a equipe de referência são métodos para a gestão do trabalho em saúde que objetivam ampliar as possibilidades de atuação e integração entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Este método pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde ao mesmo tempo em que investe na construção da autonomia dos usuários.

A interface entre a Psicologia da Saúde e a Bioética nas intervenções em saúde é um aspecto que merece destaque, questão discutida por Calvetti, Figuera e Muller (2008). No âmbito da saúde, a bioética refere-se às questões relacionadas à vida, a relação profissional-paciente e em relação à pesquisa com seres humanos. Além disso, considera a ética das questões sociais e dos problemas ambientais. Nesse contexto, salienta-se a presença crescente de evoluções tecnológicas e científicas no âmbito da saúde, gerando descobertas que requerem novas formas de intervenção e atuação por parte do psicólogo. Dentre essas descobertas, estão a medicação antiretroviral para os portadores de HIV, a reprodução assistida, os transplantes, as células-tronco, avanços da cirurgia cardíaca, eutanásia, entre outras. Estas situações acarretam diversas reflexões de caráter bioético, como por exemplo, até que ponto o psicólogo deve manter o sigilo e a privacidade de seus atendimentos perante a família e a equipe interdisciplinar? O que deve constar no prontuário? Como agir diante de atitudes eticamente incorretas de colegas? Quando quebrar o sigilo? E em relação ao diagnóstico do HIV, o (a) parceiro (a) tem o direito de saber sobre a soropositividade do companheiro (a)? Tendo em vista uma ampla gama de questões sobre o sigilo e a privacidade nos contextos de saúde, faz-se necessário que o psicólogo discuta e reflita acerca dos aspectos éticos referentes à prática da psicoterapia e discussão de casos com a equipe nos serviços de saúde.

Considera-se então que a Psicologia da Saúde deve centrar-se nos determinantes, nos mediatizadores e nas consequências dos comportamentos das pessoas e em suas inter-relações, a partir de um viés psicológico e de promoção da saúde (Matos, 2004). As intervenções devem ser realizadas tanto visando trabalhar e minimizar os fatores de risco ao desenvolvimento da saúde, como potencializando os fatores protetivos individuais e coletivos. Assim, temas como resiliência, competências pessoais, habilidades interpessoais, exercício da cidadania, com atuações precoces e seletivas devem ser priorizados na atuação do psicólogo da saúde (Oliveira et al., 2004).

A Psicologia da Saúde atualmente deve incorporar uma visão social, história e crítica dos processos de saúde e doença. Possui um compromisso com os direitos sociais, numa ótica coletiva, diferentemente da Psicologia tradicional, que apresenta um foco mais individual e clínico (identificado com concepções biomédicas do indivíduo). Seu campo de atuação centra-se em serviços de atenção primária (promoção e prevenção de saúde), na atenção à comunidade, onde são considerados fatores históricos, sociais e culturais, além dos individuais envolvidos nos processos de saúde-doença (Teixeira, 2004). Contudo, o conceito e a abrangência da Psicologia da Saúde não estão suficientemente disseminados nos meios de formação dos psicólogos que futuramente atuarão na área da saúde. Ainda existem muitas lacunas em relação à forma de atuação do psicólogo da saúde (Alves et al., 2011) e a sua formação (Dias & Müller, 2008) que precisam ser superadas, embora algumas propostas inovadoras possam ser constatados, como o apoio matricial e as equipes de referência.

Considerações Finais

Apesar dos avanços relativos à inserção do psicólogo no campo da saúde percebe-se que a área da Psicologia da Saúde ainda se encontra em construção, sendo necessária uma integração entre a formação disponibilizada nas universidades e as demandas para a atuação do psicólogo neste contexto. Percebe-se que muitos profissionais não sabem como executar o seu fazer e onde atuar nesse campo, sendo ainda exercido, no contexto da saúde pública e coletiva, apenas atividades baseadas no paradigma clínico-individual.

Essa forma de atuação, infelizmente, ainda hegemônica em muitos cursos de Psicologia, acaba por restringir o acesso da população aos serviços psicológicos, pois essas práticas atingem apenas uma minoria, e, em grande parte das vezes, não vão ao encontro das demandas do campo da saúde. Da mesma forma, essa limitação na maneira de atuar do psicólogo reflete um passado histórico da profissão, que se identificou com o modelo biomédico. O psicólogo que trabalha com saúde a partir desse referencial se encontra isolado e pode estar frustrado com o seu fazer, que se mostra efetivo. Apesar disso, observam-se esforços para ampliação das práticas e referências teóricas, que reconhecem a necessidade de uma formação mais plural e integrada a outras áreas da saúde.

Fazer Psicologia da Saúde é trabalhar, em conjunto, com outros profissionais, buscando quebrar com a divisão cartesiana de corpo-mente, buscando unir forças para tornar os cidadãos mais autônomos e capazes de se haver com sua própria saúde, promovendo a saúde e prevenindo doenças. Nesse sentido, propostas de trabalho em grupo, com a comunidade, com a autogestão e com o exercício pleno da cidadania podem passar a ser a tônica da atuação do psicólogo.

Por fim, destaca-se que o desenvolvimento da Psicologia da Saúde será um reflexo dessa busca pela construção de novos referenciais e modelos de atuação para o psicólogo. Nesse sentido, novas práticas serão desenvolvidas por profissionais que se inquietam com os referenciais e fazeres hoje presentes na formação do psicólogo. Esses profissionais devem se comprometer, expor seus fazeres e quebrarem preconceitos, ampliando o olhar sobre as teorias e as práticas psicológicas, o que pode contribuir para o desenvolvimento da Psicologia da Saúde.

Referências Bibliográficas

Almeida, R. A., & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 14(2), 183-202.

Alves, R. F., Ernesto, M. V., Silva, R. P., Souza, F. M., Lima, A. G. B., & Eulálio, M. C. (2011). Psicologia da Saúde: abrangência e diversidade teórica. Mudanças-Psicologia da Saúde, 19(1-2), 1-10.

Andrade, L., Pontes, R. J. S., Martins, J. T.(2000). A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, 8(1-2), 85-91.

Bertolozzi, M. R., & Greco, R. M. (1996). As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 30(3), 380-398.

Calvetti, P. U., Figuera, J., & Muller, M. C. (2008). A bioética nas intervenções em psicologia da saúde. Revista de Psicologia da Vetor Editora, 9(1), 115-120.

Calvetti, P. U., Giovelli, G. M., & Gauer, G. C. (2012). Contribuições da Psicologia da Saúde para a adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS. Mudanças-Psicologia da Saúde, 20(1-2), 75-80.

Campos, G. W. S. (2007). Há pedras no caminho do SUS! Ciência e Saúde Coletiva, 12(2): 298-298.

Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública, 23(2), 399-407.

Carvalho, D. B., & Yamamoto, O. H. (1999). Psicologia e saúde: Uma análise da estruturação de um novo campo teórico-prático. Psico, 30(1), 5–28.

Cerqueira-Silva, S., Dessen, M. A., & Costa Júnior, A. L.(2011). As contribuições da ciência do desenvolvimento para a psicologia da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 16(1), 1599-1609.

Chiattone, H. B., & Sebastini, W. R. (2002). Ética e Bioética em Psicologia da Saúde. Revista Universitas Psychologica, 1(2), 14-23.

Dias, A. C. G., & Müller, A. C. (2008). O Psicólogo na Rede Pública de Saúde: Um Estudo Sobre a Formação e a Atuação Profissional. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, 1(1), 54-66.

Dimenstein, M. D. B. (1998). Psicólogo nas Unidades Básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. Estudos de Psicologia, 3(1),53-81.

Furtado, O., Bock, A. M. & Teixeira, M. L. (2002). Psicologias: Uma introdução ao estudo da psicologia. São Paulo – SP: Saraiva.

Gil, A. C. (1999). Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo-SP: Atlas.

Gorayeb, R. (2010). Psicologia da Saúde no Brasil. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26, 115-122.

Jesus, S. N., & Rezende, M. M. (2006). Atualidades em Psicologia da Saúde: colaborações Brasil e Portugal. Mudanças - Psicologia da Saúde, 14(2), 121-125.

Lima, M. (2005). Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. Psicologia em estudo, 10(3), 431-440.

Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. American Psychologist, 37, 1-14.

Matos, M. G. (2004). Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. Análise Psicológica, 3(XXII), 449-462.

Minozzo, F., & Costa, I.I. da. (2013). Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e saúde da família: Trilhando caminhos possíveis. Psico-USF, 18(1), 151-160.

Nunes, E. D. (2000). Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. Ciência & Saúde Coletiva, 5(2), 251-264.

Oliveira, I. F., Dantas, C. M. B., Costa, A. L. F., Silva, F. L., Alverga, A. R., Carvalho, D. B., & Yamamoto, O. H. (2004). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. Interações, IX(17), 71-89.

Sebastiani, R. W., & Chaves, E. M. (2003). Psicología de la salud en Brasil - 50 años de historia. Revista Suma Psicologica, 10(1), 25-42.

Spink, M. J. P.(2003). Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis - RJ: Vozes.

Teixeira J. A. C. (2004). Psicologia da Saúde. Análise Psicológica, 3(XXII), 441-448.

Traverso-Yépez, M. (2001). A interface Psicologia Social e saúde: perspectivas e desafios. Psicologia em Estudo, 6(2), 49-56.

Vasconcelos, C. M., & Pasche, D. F. (2009). O sistema único de saúde. In: G.W.S. Campos, M.C.S. Minayo., M. Akerman., M.D. Júnior & Y.M. Carvalho (Orgs.), Tratado de saúde coletiva (pp.531-562). São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec e Fiocruz.

Witter, P. (2008). Psicologia da saúde e produção científica. Estudos de Psicologia, 25(4), 577-584.

Recebido em:	06/06/2013
Enviado para análise em:	18/09/2013
Texto revisado pelos autores em:	09/03/2014
Aprovado em:	11/03/2014
Editor responsável:	*Vinícius Renato Thomé Ferreira*